ISBN 1188–4169

Relevé des maladies transmissibles au Canada

Vol. 24-15 Date de publication : 1er août 1998

Contenu du présent numéro : *(nombre de pages : 5)*

DISTRIBUTION DE *IXODES PACIFICUS* ET DE *IXODES SCAPULARIS* RELATIVEMENT À LA BABÉSIOSE ET LA MALADIE DE LYME CONCOMITANTES[1]	**F-1**	**121-122**
PRISE EN CHARGE DES GRAPPES DE CAS D'INFECTION INVASIVE À *NEISSERIA MENINGITIDIS* DU GROUPE C DANS LA RÉGION DE HAMILTON-WENTWORTH – ONTARIO	**F-2**	**122-126**
LA DRACUNCULOSE IMPORTÉE – ÉTATS-UNIS, 1995 ET 1997	**F-4**	126-128

Pagination officielle : Les références doivent renvoyer aux numéros de page de la version imprimée et non à ceux de la version communiquée par télécopieur.

DISTRIBUTION DE *IXODES PACIFICUS* ET DE *IXODES SCAPULARIS* RELATIVEMENT À LA BABÉSIOSE ET LA MALADIE DE LYME CONCOMITANTES[1]

Au Canada, la tique occidentale à pattes noires, *Ixodes pacificus*, et la tique à pattes noires, *Ixodes scapularis*, sont les principaux vecteurs de *Borrelia burgdorferi*, l'agent causal de la borréliose de Lyme. Ces deux espèces de tiques sont également capables de transmettre *Babesia microti*, l'agent pathogène qui cause la babésiose humaine, bien qu'on n'ait pas encore signalé de cas où la maladie avait été contractée au Canada. À l'heure actuelle, *I. pacificus* est endémique dans certaines régions localisées du sud de la Colombie-Britannique, aux environs du delta du Fraser ainsi que sur les îles du golfe et l'île de Vancouver[2]. De même, on ne trouve actuellement des populations de *I. scapularis* que dans la péninsule de Long Point et dans le parc national de Pointe-Pelée, tous deux situés sur le Lac Érié, en Ontario[3]. Bien que des spécimens de *I. scapularis* aient été recueillis dans des localités éparses dans toutes les provinces du Canada situées entre le Manitoba et Terre-Neuve, dans la plupart de ces localités, seules des tiques individuelles ou de petits nombres de spécimens (en général des femelles) ont été trouvés, habituellement sur des chiens ou des personnes[3]. Cela laisse supposer que ces tiques ont été introduites de façon fortuite dans ces régions dispersées, vraisemblablement par des oiseaux[4], sans toutefois nous indiquer que les populations de tiques sont établies. De même, il se produit probablement des cas d'introduction de *I. pacificus* dans des régions non endémiques de la Colombie-Britannique, mais aucun cas semblable n'a encore été documenté. Ainsi, à l'heure actuelle, les populations établies de *I. pacificus* et *I. scapularis* au Canada sont circonscrites et limitées.

S'il est vrai que des personnes ou des animaux domestiques vivant en-dehors des régions de la Colombie-Britannique et de l'Ontario où les tiques sont endémiques peuvent également être infestés fortuitement par une tique, et donc infectés par l'un des agents pathogènes transmis par ces espèces, la probabilité en est très faible, comme en témoigne le petit nombre de cas indigène de borréliose de Lyme signalés au Canada. De même, parce que *I. pacificus* et *I. scapularis* ne sont pas largement établis au Canada, la probabilité que des être humains infectés par *B. microti* ailleurs serviront de réservoirs d'infection pour les populations locales de ces tiques est également faible. Cela ne signifie toutefois pas que les cliniciens du Canada ne doivent pas être conscients de la possibilité d'infections transmises par ces tiques.

Références

1. dos Santos C, Kain K. *Babésiose et maladie de Lyme concomitantes en Ontario*. RMTC 1998;24:97-101.
2. Gregson JD. *The Ixodoidea of Canada*. Ottawa (Ont.) : Canadian Department of Agriculture, Division of Entomology, 1956 (Publication 930):1-92.
3. Lindsay LR, Barker IK, Surgeoner GA et coll. *Survival and development of **Ixodes scapularis** (Acari: Ixodidae) under various climatic conditions in Ontario, Canada*. J Med Entomol 1995;32:143-52.
4. Klich M, Lankester MW, Wan Wu K. *Spring migratory birds (Aves) extend the northern occurrence of blacklegged tick (Acari: Ixodidae)*. J Med Entomol 1996;33:581-85.

Source : *R Lindsay, PhD, H Artsob, PhD, Section des zoonoses, Bureau de microbiologie, Laboratoire de lutte contre la maladie, Winnipeg (Man.); I Barker, PhD, DMV, Department of Pathobiology, Ontario Veterinary College, University of Guelph, Guelph (Ont.).*

PRISE EN CHARGE DES GRAPPES DE CAS D'INFECTION INVASIVE À *NEISSERIA MENINGITIDIS* DU GROUPE C DANS LA RÉGION DE HAMILTON-WENTWORTH – ONTARIO

Introduction

Le Laboratoire de lutte contre la maladie (LLCM) a organisé une conférence canadienne de concertation sur les atteintes méningococciques en février 1993. Par la suite, le Comité consultatif de l'épidémiologie (CCE) a révisé ses lignes directrices pour la prise en charge des grappes de cas d'infection méningococcique pour tenir compte des recommandations formulées lors de cette conférence de concertation[1].

Les méningococcies invasives continuent de préoccuper la population dans tout le Canada. Parmi les 13 groupes sérologiques, ce sont les souches des groupes A, B, C, Y et W-135 qui prédominent. L'incidence de la maladie fluctue de façon cyclique au Canada, augmentant à la fin de l'hiver et au début du printemps. En 1985, 46 % des isolats caractérisés appartenaient au sérogroupe B et 24 % au sérogroupe C. En outre, à partir de 1989, l'incidence des infections dues au méningocoque du groupe C chez les 5 à 19 ans a plus que doublé[1]. Les épidémies d'infection méningococcique du groupe C sont devenues plus fréquentes depuis le début des années 90 de même que l'utilisation du vaccin contre le méningocoque pour lutter contre ces épidémies[2].

Le CCE recommande l'administration d'une antibiothérapie prophylactique à toutes les personnes qui ont été en contact étroit avec un cas sporadique d'atteinte méningococcique, abstraction faite des contacts à l'école, dans les services de transport et au travail ainsi que des contacts sociaux non intimes. De plus, lorsque les données semblent indiquer qu'il s'agit d'une épidémie ou lorsqu'une grappe de cas survient dans une population circonscrite et que l'infection est due à un sérogroupe inclus dans un vaccin, il faut envisager de vacciner toutes les personnes à risque. Quand deux cas attribuables à un même sérogroupe inclus dans un vaccin surviennent dans la même école en l'espace d'un mois, on devrait vacciner tous les élèves admissibles qui fréquentent l'école[1].

Nous décrirons dans le présent article l'application des lignes directrices de 1994 en vue de lutter contre les atteintes méningococciques dans les écoles de la région de Hamilton-Wentworth en 1996 et présenterons un cadre pour faciliter la prise en charge d'une grappe de cas d'infection invasive due au groupe C dans une école.

Nous nous sommes appuyés sur les définitions contenues dans les lignes directrices révisées de 1994 du CCE dans nos interventions en santé publique[1].

On entend par **cas sporadique** d'atteinte méningococcique invasive, un cas isolé qui se manifeste dans une collectivité, sans lien apparent (p. ex., individu, lieu ou temps) au point de vue épidémiologique avec un autre cas.

Le **cas secondaire** a été en contact avec un sujet atteint et l'infection s'est manifestée au moins 24 heures après son apparition chez le cas primaire. Les cas qui surviennent dans les 24 heures suivant l'apparition de la maladie chez les cas primaires sont appelés **cas coprimaires**.

Les **contacts étroits** sont les personnes qui vivent dans la même résidence que les cas, celles qui partagent le même lit, les contacts dans les garderies et les écoles maternelles, et toutes les personnes dont le nez ou la bouche auraient pu être directement contaminés par les sécrétions nasales ou buccales d'un sujet atteint.

On dit qu'il y a **grappe de cas** lorsque surviennent deux cas ou plus du même sérogroupe et que ces cas sont anormalement rapprochés dans le temps et dans l'espace pour la population ou le groupe à l'étude.

On dit qu'il y a **épidémie** lorsque la transmission de *Neisseria meningitidis* dans une population s'accroît, ce qui se traduit par une augmentation du nombre de cas, lesquels ne sont pas reliés entre eux, ni par des contacts ni par un lieu commun d'exposition. Plus la relation entre les cas est étroite, p. ex., lorsqu'il y a eu échange de sécrétions buccales entre deux cas, moins il y a lieu de croire que ces cas reflètent une augmentation du risque de transmission dans l'ensemble de la collectivité.

Rappel des faits

Dans la région de Hamilton-Wentworth, le nombre de cas est demeuré stable, se situant entre quatre et six cas par année, soit un taux d'incidence de 1,25 cas pour 100 000 habitants, ce qui est légèrement plus élevé que le taux national, qui s'établit à un cas pour 100 000. Entre janvier 1991 et décembre 1996 inclusivement, 32 cas d'atteinte méningococcique ont été confirmés (tableau 1). Neuf des 32 cas sont survenus chez des personnes de 13 à 19 ans. Huit des neuf cas étaient dus au sérogroupe C; dans l'autre cas, aucun germe n'a cultivé. Les enfants de < 1 an venaient au second rang pour ce qui est du nombre de cas (six des 32 cas). Cinq des infections étaient attribuables au sérogroupe B et l'autre au sérogroupe C.

Tableau 1
Atteintes méningococciques, 1991-1996*, région de Hamilton-Wentworth, Ontario

Année	Nombre total de cas	Taux pour 100 000	N^bre de cas du sérogroupe C	N^bre et % de cas de 13 à 19 ans
1991	5	1,25	2	1 (20 %)
1992	4	1	3	2 (50 %)
1993	6	1,5	1	1 (16,6 %)
1994	5	1,25	2	0 (0 %)
1995	6	1,5	2	2 (33,3 %)
1996	6	1,5	1	3 (50 %)

* *Hamilton-Wentworth Regional Public Health Department Reportable Disease Information System*

Sur une période de 6 semaines entre le 26 septembre et le 12 novembre 1996, trois cas d'infection invasive à *N. meningitidis* ont été signalés au *Regional Public Health Department* (RPHD). Il s'agissait de trois élèves fréquentant deux écoles secondaires différentes et qui n'avaient aucune relation sociale apparente entre eux.

Premier cas

Le premier cas était un élève de l'école secondaire de la région d'East Mountain. La maladie s'est déclarée le 26 septembre 1996, le tableau clinique associant une forte fièvre, des vomissements et une léthargie. Le 27 septembre, une éruption cutanée est apparue sur les mains et les pieds. Le cas a été hospitalisé pour une gastro-entérite et une septicémie le 28 septembre. Les premières hémocultures effectuées après l'admission se sont révélées négatives, mais par la

suite des diplocoques Gram négatif ont été isolés et été identifiés comme étant *N. meningitidis* du sérogroupe C. Un échantillon de liquide céphalorachidien (LCR) prélevé le 29 septembre était clair et négatif à la coloration de Gram et à la culture. Le RPHD a reçu le rapport le 30 septembre et des enquêtes de contrôle ont été entreprises sur-le-champ.

Ce cas a alors été considéré comme un cas sporadique et, conformément aux lignes directrices révisées du CCE, un traitement prophylactique a été administré à tous les membres du ménage (deux parents et un frère ou soeur) ainsi qu'à trois amis intimes. La guérison a été complète après le traitement antibiotique par voie intraveineuse.

Deuxième cas

Le deuxième cas était un élève fréquentant une école secondaire de la région de West Mountain. L'école était située à environ sept kilomètres à l'ouest de l'école fréquentée par le premier cas. Le 9 novembre 1996, l'élève s'est plaint d'une forte fièvre, d'une léthargie, d'une raideur de la nuque et de maux de tête et a été admis à l'hôpital le 10 novembre. L'examen du LCR a révélé la présence de diplocoques Gram négatif qui ont été identifiés comme étant *N. meningitidis*. Le RPHD a été avisé le même jour.

L'enquête qui a suivi a permis de retrouver de nombreux contacts et de nombreuses activités auxquelles a participé le cas, notamment un stage dans le cadre d'un programme coopératif dans une garderie adjacente à l'école. Il a fallu au cours de cette enquête passer de nombreuses heures à évaluer l'ampleur de l'exposition et la nécessité d'une prophylaxie. D'après les lignes directrices révisées du CCE, neuf personnes, y compris des membres du ménage et des amis, étaient des contacts étroits et ont reçu une prophylaxie à la rifampicine.

Selon le rapport préliminaire remis le 14 novembre, le méningocoque appartenait au sérogroupe B. Toutefois, 5 jours plus tard, le laboratoire a indiqué que ce résultat était prématuré; il a ensuite confirmé le 21 novembre 1996 qu'il s'agissait du sérogroupe C.

Le cas a bien répondu à l'antibiothérapie intraveineuse et a obtenu son congé de l'hôpital 9 jours après son admission. Il convient de noter qu'un frère ou une soeur avait contracté la même infection 12 mois plus tôt.

Troisième cas

Le troisième cas était un élève qui fréquentait la même école secondaire que le deuxième cas. La maladie est apparue le 12 novembre 1996, soit 3 jours après le deuxième cas. Le sujet présentait un certain nombre de symptômes, dont une fièvre, des vomissements et une éruption généralisée, et a été admis à l'hôpital le 13 novembre. *N. meningitidis* a cultivé sur un échantillon de LCR. Le cas a été signalé au RPHD le 13 novembre.

Lors de l'enquête et après une longue évaluation, l'ampleur de l'exposition et la nécessité d'une prophylaxie ont pu être établies. En tout, six contacts familiaux ou contacts étroits ont reçu un traitement prophylactique à la rifampicine.

Mesures de santé publique

Dans les trois cas, les mesures de santé publique prises s'appuyaient sur les lignes directrices pour la lutte contre les atteintes méningococciques que le CCE a révisées en 1994. Le premier cas a été défini comme un cas sporadique et pris en charge en conséquence.

Avant le 21 novembre, soit avant qu'on connaisse le sérogroupe, on ne disposait d'aucune donnée indiquant qu'il y ait eu contact entre le deuxième et troisième cas. Au nombre des mesures de santé publique adoptées figurait l'envoi d'une lettre et d'un feuillet d'information à tous les élèves de l'école fréquentée par le deuxième et le troisième cas. Une antibiothérapie prophylactique a été recommandée pour toutes les personnes identifiées comme étant des contacts étroits. Une surveillance active a été exercée dans l'école de même que dans les services d'urgence des hôpitaux de la région pour découvrir tout nouveau cas. Les infirmières hygiénistes ont communiqué chaque matin avec la personne responsable du registre de présence à l'école pour savoir si des élèves s'étaient déclarés malades et passer en revue les symptômes dont ils se plaignaient. Puis en appelant les responsables de la lutte anti-infectieuses dans les hôpitaux, on a pu identifier tout cas potentiel examiné au service des urgences. Cette surveillance active s'est poursuivie pendant les 10 jours qui ont suivi l'apparition des symptômes chez le troisième cas. Aucun nouveau cas n'a été détecté.

La garderie voisine de l'école secondaire a été avisée de ne pas recevoir d'étudiants du programme coopératif de l'école jusqu'à ce qu'on reçoive le feu vert du service de santé. Le département d'éducation familiale de l'école a également été invité à ne pas placer d'élèves dans d'autres garderies jusqu'au 22 novembre – fin de la période d'incubation (10 jours après l'apparition des symptômes) de tout contact nouvellement infecté du troisième cas.

Le 21 novembre, le RPHD a reçu les derniers résultats de laboratoire pour les deuxième et troisième cas et a confirmé que l'infection était due au sérogroupe C. Comme il est apparu qu'il s'agissait d'une grappe de cas en milieu scolaire, les mesures de santé publique prévues ont immédiatement été modifiées.

Le même jour, une équipe d'urgence de lutte contre les épidémies a été mobilisée pour planifier et mettre en oeuvre un programme de vaccination contre le méningocoque dans l'école fréquentée par le deuxième et troisième cas. On invoquait les raisons suivantes : «Quand deux cas attribuables à un même sérogroupe inclus dans un vaccin surviennent dans une même école en l'espace d'un mois, on devrait vacciner tous les étudiants de l'école qui sont admissibles à la vaccination. Il n'a pas été établi qu'il convenait de vacciner les adultes de l'école ni ceux des familles des élèves»[1].

Le programme de prévention a été mis sur pied en consultation avec le Service de lutte contre les maladies de la Direction de la santé publique, ministère de la Santé de l'Ontario, et en collaboration avec le personnel et les gestionnaires du RPHD. Après avoir consulté le Service de lutte contre les maladies, le médecin hygiéniste et les médecins hygiénistes adjoints ont décidé que le service de santé publique offrirait le vaccin contre le méningocoque aux élèves de l'école le 22 novembre; les enfants de la garderie seraient également vaccinés. Jusqu'à présent, rien ne démontre que la fréquentation d'une garderie accroît le risque de contracter une infection méningococcique chez les jeunes enfants[3]. Toutefois, les maladies sont fréquentes dans ce groupe et comme la garderie entretient des liens étroits avec l'école touchée, les enfants étaient jugés à risque d'infection et ils ont été inclus dans le programme de vaccination.

Une équipe de 37 membres du personnel du service de santé a été mobilisée durant l'après-midi du 21 novembre pour une séance d'immunisation d'urgence le lendemain. Le soir du 21 novembre, tous les préparatifs nécessaires, notamment l'avertissement des médias, des médecins de la région, des hôpitaux et d'autres partenaires communautaires, étaient terminés. À 14 heures, le 22 novembre, 1 357

des 1 569 élèves de l'école secondaire (86,5 %) et 39 des 42 enfants fréquentant à temps plein la garderie (93 %) ont été vaccinés.

Quatre infirmières étaient présentes à l'école le 25 novembre pour offrir le vaccin aux élèves qui étaient absents le 22 novembre et pour fixer des rendez-vous pour les enfants qui fréquentaient la garderie à temps partiel. Ainsi, 56 autres élèves et un autre enfant de la garderie ont pu être vaccinés. En tout, 1 413 (90 %) élèves de l'école secondaire et 40 (95 %) enfants de la garderie ont été vaccinés.

Analyse

Lorsqu'il existe un risque d'épidémie, il ne faut pas sous-estimer l'importance d'une enquête de contrôle visant à obtenir d'importantes données épidémiologiques de même que des résultats exacts et à jour sur toutes les épreuves de laboratoire.

Au départ, le premier cas n'a pas été intégré dans la grappe à cause de l'intervalle de 4 semaines entre le premier et deuxième cas. Toutefois, les trois cas étaient attribuables au sérogroupe C, vivaient dans la même région et appartenaient au même groupe d'âge. Cette information a contribué à la décision de coordonner un programme de vaccination en milieu scolaire.

Les derniers résultats de laboratoire, reçus le 16 novembre 1996, ont montré que les trois cas ont été infectés par un méningocoque du même phénotype ayant le même type électrophorétique et présentant des profils électrophorétiques similaires liés sur le plan génétique. Même si les enquêtes n'ont établi aucun lien apparent entre les trois élèves, les résultats définitifs ont ainsi indiqué qu'une souche similaire de méningocoque circulait dans la communauté.

Le coût du programme de vaccination s'est élevé à environ 43 740 $, calculé d'après la rémunération horaire moyenne du personnel sans compter le coût des vaccins et les fournitures.

Conclusion

En conclusion, la planification et la mise en oeuvre de ce programme d'intervention d'urgence ont été rendus possibles grâce aux partenariats communautaires essentiels déjà établis avec les hôpitaux locaux, les médecins et l'école. En outre, les efforts de concertation avec la Direction de la santé publique pour l'interprétation et l'application des lignes directrices révisées du CCE a joué un rôle important dans la prise en charge et la prévention d'une épidémie d'atteinte méningococcique.

Références

1. Comité consultatif de l'épidémiologie. *Lignes directrices pour la lutte contre les atteintes méningococciques*. RMTC 1994;20:17-27.
2. CDC. *Control and prevention of meningococcal disease and control and prevention of serogroup C: evaluation and management of suspected outbreaks*. MMWR 1997;46(RR-5):1-21.
3. Hanna J, McCall B, Parker N et coll. *Responding to meningococcal disease occurring in children who attend day-care centres*. Communicable Diseases Intelligence 1995;19:490-93.

Source : *O Tolomeo, IA, BSc, C Buffett, IA, BScN, MSc, Dr E Richardson, MHSc, Communicable Disease Program, Hamilton-Wentworth Regional Public Health Department, Hamilton (Ont). (Une adaptation du Public Health & Epidemiology Report Ontario 1998;9:90-95.)*

Notes internationales

LA DRACUNCULOSE IMPORTÉE – ÉTATS-UNIS, 1995 ET 1997

La dracunculose est une infection parasitaire due à la présence de la Filaire de Médine (*Dracunculus medinensis* ou ver de Guinée), et qui se transmet par ingestion d'eau potable contaminée. Environ 1 an après qu'une personne a été infectée, des vers femelles adultes d'un mètre de long ou plus commencent à perforer sa peau et à sortir, ce qui peut produire une incapacité pendant ≥ 2 mois. Malgré la chute marquée du nombre de cas observée partout dans le monde, il arrive que des cas de dracunculose soient importés aux États-Unis. Depuis 1995, deux cas ont été signalés, tous deux ayant été importés du Soudan. Voici un résumé de l'enquête réalisée sur ces cas.

Premier cas

Une fillette de 9 ans habitant au Tennessee avait émigré du Soudan en septembre 1995[1]. Avant que l'enfant ne quitte le Soudan, un ver de Guinée avait émergé de la partie inférieure de sa jambe droite et avait été extirpé. La lésion était cicatrisée à l'arrivée de la fillette aux États-Unis. Trois semaines après son installation, un autre ver de Guinée a commencé à sortir de sa jambe gauche. Un examen médical réalisé dans une clinique de santé locale a révélé la présence d'un ver ayant l'aspect d'un cordon, sortant d'une lésion au niveau de la jambe gauche. La malade a été adressée à un spécialiste des maladies infectieuses. La jambe était surinfectée et enflée, et la fillette était incapable de marcher. Malgré un traitement antibiotique, sa cellulite ne s'est pas résorbée, et la lésion a été incisée par voie chirurgicale, drainée et vidée de pus, de débris nécrotiques et de fragments de ver. La patiente a été hospitalisée pendant 2 semaines et a dû subir une chirurgie pour que la contracture de sa cheville soit étirée et qu'une greffe cutanée soit pratiquée sur la zone touchée. Elle a pu recommencer à marcher sans béquilles après avoir suivi une physiothérapie dans un service de consultations externes.

Deuxième cas

Une femme de 31 ans habitant dans le Connecticut avait émigré du Soudan en janvier 1997. En avril 1997, elle a été évaluée dans une clinique universitaire, une tuberculose étant soupçonnée. Une radiographie a mis en évidence des lésions pulmonaires évoquant la tuberculose, et une calcification vermiforme au niveau de son poumon gauche. L'examen physique a révélé de multiples lésions ovales indurées, mesurant de 4 à 8 cm de diamètre, sur la partie inférieure des deux jambes. La patiente a indiqué que les lésions étaient présentes depuis 1 an, et étaient parfois douloureuses. Elle s'est souvenue qu'un long ver ayant l'aspect d'un cordon était sorti de sa jambe l'année précédente. Une biopsie des lésions observées à la jambe a révélé un érythème induré évoquant l'érythème induré de Bazin, une manifestation cutanée de la tuberculose. La patiente présentait des débris d'un ver de Guinée mort et calcifié au niveau des poumons, et, d'après ses antécédents médicaux, un ver de Guinée vivant était sorti de sa jambe avant son arrivée aux États-Unis. Elle était aussi atteinte de tuberculose pulmonaire et présentait des manifestations cutanées de la tuberculose. Un traitement à l'isoniazide, à la rifampicine et au pyrazinamide a entraîné l'élimination de bacilles acidorésistants des expectorations et la résorption des manifestations cutanées.

Éditorial du MMWR

Aucun cas de dracunculose transmis aux États-Unis n'a jamais été signalé, et il est rare que des cas de cette affection soient importés aux États-Unis. Il est vrai que les deux cas dont il est question ici mettaient en cause des réfugiées du Soudan; mais ils diffèrent quant à leurs manifestations cliniques et à leur importance épidémiologique.

Le risque de transmission de la dracunculose par des cas actifs importés aux États-Unis est faible. La transmission supposerait qu'une personne chez qui un ver a commencé à s'extérioriser pénètre dans un bassin d'eau douce stagnante contenant des copépodes, et que des personnes boivent directement de la source ≥ 1 semaine après la contamination. Il est possible de prévenir entièrement la maladie en empêchant des sujets infestés de pénétrer dans des points d'eau potable et de contaminer l'eau, ou encore, en éliminant les larves de *Dracunculus* de l'eau potable avant d'approvisionner la population. L'homme est le seul hôte vertébré de *D. medinensis*. Seul le ver qui s'est extériorisé, dans le premier cas, pourrait avoir posé un risque de contamination d'une source d'eau aux États-Unis. Le ver calcifié et les l'émergence passée d'un ver, dans le deuxième cas, révélaient des infections antérieures ne comportant aucun risque de transmission aux États-Unis.

Il n'existe aucun médicament qui stoppe la dracunculose ou qui accélère l'expulsion du ver adulte, mais des composés qui réduisent l'inflammation et des antibiotiques permettant de traiter les infections secondaires en facilitent l'extraction. Le traitement contre la dracunculose a consisté entre autres à nettoyer la lésion et à exercer une légère traction pour extirper le long ver de la peau. Le processus peut durer plusieurs semaines. Il faut prendre soin d'éviter la rupture du ver sous la peau et les réactions allergiques subséquentes aux éléments constitutifs du ver. Les médecins qui traitent les patients ayant importé la dracunculose peuvent obtenir des conseils thérapeutiques des *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) des États-Unis.

La campagne mondiale d'éradication de la dracunculose a débuté en 1986. À l'échelle mondiale, le nombre de cas a chuté de > 95 % (passant d'environ 3,2 millions de cas en 1986 à 152 805 cas en 1996). Actuellement, il n'existe des foyers de transmission de la dracunculose que dans 16 pays africains[2]. En Asie, la maladie sévit encore au Yémen. En Inde, le seul autre pays asiatique qui n'a pas encore été déclaré exempt de dracunculose, aucun cas n'a été enregistré depuis juillet 1996. Le Pakistan, qui a signalé son dernier cas en octobre 1993, a été reconnu exempt de dracunculose par l'Organisation mondiale de la Santé, en 1997[3].

Comparativement à la chute spectaculaire du nombre de cas et de villages où la dracunculose sévit à l'état endémique dans le monde, le nombre de cas signalés et de villages endémiques au Soudan a augmenté sensiblement entre 1993 et 1996. Les régions où le taux de prévalence est le plus élevé se trouvent dans le sud du Soudan, où la guerre a nui à la surveillance des cas et aux interventions. En 1996, les 64 608 cas signalés dans les régions du Soudan où la surveillance était possible représentaient 78 % de l'ensemble des cas enregistrés dans le monde[4].

La détection et l'étude de chaque cas actif importé aux États-Unis permettent de déterminer quelles sont les régions où la maladie pourrait encore sévir et empêchent la constitution d'un foyer de transmission aux États-Unis. Les CDC exigent que les médecins signalent tout cas de dracunculose diagnostiqué aux États-Unis depuis 1990. Une brève description du cas, à savoir le lieu où le patient pourrait avoir été infecté, le lieu où il a été traité, la date approximative de l'émergence du ver et l'issue du traitement, doit être donnée au *Guinea Worm Cases, Division of Parasitic Diseases, National Center for Infectious Diseases*, CDC, Atlanta, GA 30333; téléphone : (770) 488-4531; ou par courrier électronique : <kdkl@cdc.gov>.

Références

1. Spring M, Spearman P. *Dracunculiasis: report of an imported case in the United States*. Clin Infect Dis 1997;25:749-50.
2. Organisation mondiale de la Santé. *Dracunculose. Bilan de surveillance mondiale, 1996*. Relevé épidémiologique hebdomadaire 1997;72:133-39.
3. Hopkins DR, Azam M, Ruiz-Tiben E et coll. *Eradication of dracunculiasis from Pakistan*. Lancet 1995;346:621-24.
4. Organisation mondiale de la Santé. *Dracunculose et onchocercose*. Relevé épidémiologique hebdomadaire 1997;72:297-301.

Source : *Morbidity and Mortality Weekly Report, Vol 47, n° 11, 1998.*

Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes à maintenir et à améliorer leur état de santé.

Santé Canada

Pour recevoir le Relevé des maladies transmissibles au Canada (RMTC), qui présente des données pertinentes sur les maladies infectieuses et les autres maladies dans le but de faciliter leur surveillance, il suffit de s'y abonner. Un grand nombre des articles qui y sont publiés ne contiennent que des données sommaires, mais des renseignements complémentaires peuvent être obtenus auprès des sources mentionnées. Santé Canada ne peut être tenu responsable de l'exactitude, ni de l'authenticité des articles. Toute personne travaillant dans le domaine de la santé est invitée à collaborer (dans la langue officielle de son choix); la publication d'un article dans le RMTC n'en empêche pas la publication ailleurs.

Conseillers scientifiques :	Dr John Spika	(613) 957-4243
	Dr Fraser Ashton	(613) 957-1329
Rédactrice en chef :	Eleanor Paulson	(613) 957-1788
Rédactrice adjointe :	Nicole Beaudoin	(613) 957-0841
Éditique :	Joanne Regnier	

Pour soumettre un article, veuillez vous adresser à la Rédactrice en chef, Laboratoire de lutte contre la maladie, PréTunney, Indice à l'adresse : 0602C2, Ottawa (Ontario) K1A0L2.

Pour vous abonner à cette publication, veuillez contacter :

Centre des services aux membres	No de téléphone :	(888) 855-2555
Association médicale canadienne	FAX :	(613) 731-9102
1867 Promenade Alta Vista		
Ottawa (Canada) K1G 3Y6		

Prix par année :

Abonnement de base :	80 $ (et frais connexes) au Canada; 105 $ US à l'étranger.
Abonnement préférentiel :	150 $ (et frais connexes) au Canada; 175 $ US à l'étranger.

© Ministre de la Santé 1998

On peut aussi avoir accès électroniquement à cette publication par internet en utilisant un explorateur Web, à <http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc>